



**GRADO EN ECONOMÍA**  
**CURSO ACADÉMICO 2020/2021**

**TRABAJO FIN DE GRADO**

**ANÁLISIS DE LOS INDICADORES SANITARIOS EN  
LOS PAÍSES DE LA OCDE: UNA COMPARATIVA  
ENTRE TIPOLOGÍAS SANITARIAS.**

**ANALYSIS OF HEALTH INDICATORS IN OECD  
COUNTRIES: A COMPARISON BETWEEN HEALTH  
TYPOLOGIES**

**AUTOR: ADRIÁN BASTANTE PEJENAUTE**  
**DIRECTOR: MARCOS FERNÁNDEZ GUTIÉRREZ**  
**JUNIO 2021**



## ÍNDICE GENERAL

RESUMEN .....	4
ABSTRACT .....	5
1. INTRODUCCIÓN .....	6
2. ESTADO DE LA CUESTIÓN .....	8
2.1. Cobertura del sistema sanitario.....	8
2.2. Tipos de sistemas sanitarios en países de la OCDE .....	10
2.3. Revisión de la literatura .....	11
3. DATOS Y METODOLOGÍA .....	13
4. RESULTADOS .....	16
4.1. Precios y costes del sistema sanitario .....	16
4.1.1. Niveles comparativos de precios para la salud.....	16
4.1.2. Gastos a cargo del hogar (out of pocket) .....	17
4.2. Gasto y financiación del gobierno en salud .....	18
4.2.1. Gasto en salud per cápita PPA actual .....	18
4.2.2. Gasto en salud como porcentaje del PIB.....	19
4.2.3. Gasto corriente en salud medido sobre la participación del PIB por esquemas de financiamiento. ....	20
4.2.4. Gasto corriente en capital sanitario .....	21
4.3. Resultados en salud .....	23
4.3.1. Esperanza de vida al nacer .....	23
4.3.2. Número de muertes evitables por 100.000 habitantes (Tasas estandarizadas) .....	24
4.3.3. Percepción de la salud de la población mayor de 15 años .....	25
4.3.4. Proporción de población mayor de 15 años que percibe una salud buena / muy buena según su quintil de ingresos.....	27
5. CONCLUSIONES .....	28
6. BIBLIOGRAFÍA.....	30

## ÍNDICE DE TABLAS

### TABLAS:

Tabla 1. Cobertura de la población para un conjunto básico de servicios (2017) .....	9
Tabla 2. Niveles de precios sanitarios para los países OCDE (2017) .....	16
Tabla 3. Gastos a cargo del hogar para los países de la OCDE (2017) .....	17
Tabla 4. Gasto per cápita en salud (2017) .....	18
Tabla 5. Gasto en salud como % Producto Interior Bruto (2017) .....	19
Tabla 6. Gasto corriente en salud medido sobre la participación del PIB por esquemas de financiamiento (2017).....	20
Tabla 7. Gasto corriente en capital sanitario (2017) .....	21
Tabla 8. Esperanza de vida al nacer (2018) .....	23
Tabla 9. Número de muertes evitables por 100.000 hab (2017) .....	24
Tabla 10. Porcentaje de la población que considera que su estado de salud es Bueno / Regular por países de la OCDE (2018) .....	25
Tabla 11. Porcentaje de la población que considera que su estado de salud es muy bueno según sus ingresos por países de la OCDE (2018) .....	26
Tabla 12. Porcentaje de la población que considera que su estado de salud es muy bueno según sus ingresos por países de la OCDE (2018) .....	27

## RESUMEN

Tras la pandemia COVID-19 sufrida en los dos últimos años, los sistemas sanitarios en los países han cobrado gran interés a nivel mundial y, por consiguiente, han sido objeto de estudio para diversos autores. Con este aliciente, el trabajo se centra en dos cuestiones: Primero, presentar un análisis en profundidad de los sistemas sanitarios que se pueden encontrar en los países de la OCDE. Segundo, realizar un análisis debatiendo si los países de la OCDE con más recursos dedicados a sus sistemas sanitarios -inputs-, tienen mejores resultados de salud -outputs-.

En cuanto al procedimiento analítico, en primer lugar, se clasifican los países de la OCDE según su tipología sanitaria dividida en tres modelos: modelo Beveridge, modelo Bismark y el caso particular de Estados Unidos. A continuación, se dividen los indicadores seleccionados para el análisis en tres grupos: Precios y costes del sistema sanitario, Gasto y financiación del gobierno en salud y Resultados en salud. Una vez divididos los indicadores se hace un análisis exhaustivo de todos ellos, mostrando las principales diferencias entre modelos sanitarios. Por último, en las conclusiones se muestra la relación existente entre los resultados empíricos y el tipo de tipología sanitaria. El periodo de análisis de este trabajo se corresponde al año 2017 para los indicadores de recurso -inputs- y para el año 2018 para los indicadores de resultado -outputs-.

La principal contribución de este trabajo es el análisis de cómo se relacionan los indicadores de gasto sanitario y los resultados de estado de salud de los ciudadanos de los países de la OCDE, divididos a través de sus sistemas sanitarios. Además, se llega a la conclusión de que el modelo sanitario con más niveles de gasto público, el modelo Beveridge, muestra también los mejores resultados de estado de salud de los ciudadanos.

## ABSTRACT

After the COVID-19 pandemic suffered in the last two years, the health system in many countries has generated an enormous interest worldwide. And consequentially has become the object of studies by diverse authors. Using this as an incentive my work has been centered around two questions. The first, present a profound analyses of the health systems found in the member states of the The Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). The second, undertake an analyses of the previously mentioned member states of The Organisation for Economic Co-operation and Development debating whether the wealthier members of this organization who have more resources to dedicate to their health systems (input) have healthier citizens and the said citizens perception of health.

In terms of the analyses, first and foremost, the member states of the (OECD) are, according to their typology, divided into three models. The Beveridge model, The Bismark Model and The special case of the United States. The selected indicators for analyses are divided into three sub-groups. Prices and costs of the health system, Government spending and funding and health results. Once all of the indicators have been divided an exhaustive analyses is carried out of all of the said indicators illustrating the principal differences between these health models. Ultimately in the conclusion the existing relationships between the empirical results and the type of sanitary typography will be shown. The time frame for this analyses corresponds with the year 2017 in respect of resources indicators -inputs-. And for the result indicators -outputs- the timeframe is the year 2018.

The principal contribution of this project is the analyses of how the indicators of Health system spending and the results of the state of health of the citizens in OECD states are related even though they are divided through their differing health systems. And surprisingly the best results from the Beveridge model with the highest level of public spending but with equally high results in health for its citizens.

## 1.INTRODUCCIÓN

En 2011 la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) lanzo una iniciativa denominada “*Better life*” (OCDE, 2021) un proyecto que compara el bienestar de los ciudadanos entre muchos países del mundo. Dentro de este proyecto, la OCDE recoge a través de una encuesta a los ciudadanos de diferentes países del mundo, cuáles son sus preferencias en 11 temas distintos, entre los que se pueden encontrar, por ejemplo: salud, educación, empleo, comunidad, ingresos, medio ambiente y vivienda; en la mayoría de los países, la salud se sitúa en el top 3 de los temas más importantes para el ciudadano, lo cual, refleja que la salud es fundamental en la vida de una persona.

No obstante, la salud no solo depende del sistema sanitario que esté implantado en los países, sino también de muchos otros factores relevantes, como pueden ser factores sociales, culturales o económicos, en los cuales, se pueden encontrar diferencias entre países. No obstante, el punto de partida y motivación de este trabajo es analizar si las diferencias en cuanto a las diversas tipologías de los sistemas sanitarios en los países de la OCDE se trasladan a diferencias de recursos -inputs- y resultados -outputs -.

Otro de los elementos más relevantes para el sistema sanitario de un país son los factores políticos, ya que no todos los países miembros siguen la misma política sanitaria. Como destaca Reibling et al. (2019), dentro de la OCDE se pueden encontrar países donde la sanidad está organizada y regulada mayoritariamente por el sector público, otros países donde la atención sanitaria está organizada y gestionada a través de organizaciones privadas reguladas por el gobierno y países donde la sanidad es meramente privada, donde el gobierno tiene poca relevancia. Una vez analizadas las diferentes tipologías y resultados sanitarios de dichos países se podrá dar una conclusión sobre el punto de partida del trabajo anteriormente citado.

Antes de la pandemia, diversos economistas han citado la importancia del sistema sanitario para la mejora del crecimiento económico y el bienestar social en los países (Rivera y Currais 2005). No obstante, tras los dos últimos años, este debate se ha convertido en uno de los temas más trascendentales de la actualidad (Bhatia 2020). Esta situación ha sido una de las principales motivaciones que me ha llevado a realizar un estudio sobre las diferencias de los sistemas sanitarios en los países de la OCDE en el periodo prepandemia, conocer su tipo de regulación, dificultad de acceso, grado de cobertura sanitaria, así como muchos otros indicadores de recurso -inputs- y analizar cómo se relacionan estas diferencias con sus resultados - outputs -.

El objetivo principal del trabajo es el siguiente: Analizar los sistemas sanitarios y sus distintas tipologías en los países de la OCDE, a partir tanto de indicadores relativos a los recursos que emplean -inputs-, como de los resultados que obtienen -output-. Con ello, concluir que tipología muestra mejores resultados.

Para este análisis se han utilizado diez indicadores; 6 relacionados con los inputs (Niveles comparativos de precios para la salud, Gastos a cargo de los hogares, Gasto en salud per cápita, Gasto en salud como % del PIB, Gasto corriente en salud por esquemas de financiamiento, Gasto corriente en capital sanitario) y 4 outputs (Esperanza de vida al nacer, Número de muertes evitables por 100.000 habitantes, Percepción del estado de salud en la población mayor de 15 años, Proporción de la población mayor de 15 años que percibe un estado de salud bueno/muy bueno según su quintil de ingresos), obtenidos a través tres fuentes fiables y oficiales como son el Banco Mundial, OCDE.Stat y Global Health Expenditure Database, procedente de la página oficial de la OMS.

El periodo de análisis de este trabajo comprende los años 2017 para los indicadores de recurso -inputs- y 2018 para los indicadores de resultado -output. La justificación de esta elección se debe a que son los últimos años con información disponible para los indicadores analizados.

La estructura de este trabajo sigue la siguiente distribución: tras el resumen y la introducción se hará una revisión de la literatura, analizando los tipos de modelos sanitarios que se pueden encontrar en los países de la OCDE y una agrupación de dichos países según el modelo sanitario al que pertenecen. Además, dentro de esta sección, se proporcionará un análisis de la literatura sobre varios ensayos relacionados con las cuestiones abordadas en este trabajo. En el tercer apartado, denominado datos y metodología, se llevará a cabo una explicación detallada de todos los indicadores sanitarios obtenidos para realizar este trabajo, especificando tanto la relevancia de los datos seleccionados, como su fuente. A continuación, en la sección de los resultados se desarrollará una interpretación de los valores correspondientes a los indicadores escogidos, acentuando aquellos valores con mayor relevancia y transcendencia; todos estos valores serán expuestos a través de tablas. Por último, el trabajo finaliza con una conclusión abierta que intentará responder a las cuestiones principales del trabajo anteriormente citadas.



## 2. ESTADO DE LA CUESTIÓN

Esta sección consta de tres apartados. Con el primer apartado, se hará una aproximación a los sistemas sanitarios de los países de la OCDE y al peso del sector público y privado en los mismos; para ello, se llevará a cabo un análisis del grado de cobertura sanitaria en los países, a través de los datos obtenidos en la página oficial de la OCDE. Con el segundo apartado, se lleva a cabo un análisis en profundidad de las distintas tipologías sanitarias en los países de la OCDE, poniendo énfasis en el Modelo Beveridge, el Modelo Bismark y el caso particular de EEUU. En el tercer apartado, se desarrollará una revisión de la literatura acerca de los elementos influyentes asociados a cada una de estas tipologías sanitarias.

### 2.1 COBERTURA DE LOS SISTEMAS SANITARIOS

Uno de los principales objetivos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) desde hace décadas es lograr la cobertura universal para todos los países. Los Estados Miembros de la OMS se comprometieron en 2005 a desarrollar sus sistemas de financiación sanitaria, de manera que, todas las personas tuvieran acceso a los servicios y no sufrieran dificultades financieras al pagar por ellos. Este objetivo se definió como «cobertura universal» (OMS, 2010); no obstante, y como se cita en el Informe sobre salud en el mundo realizado por la OMS; la cobertura universal es muy difícil de lograr por varias barreras, entre ellas, la disponibilidad de recursos, junto con el uso ineficiente e inequitativo de estos, acentuando esta barrera en los países más pobres y la dependencia de los copagos en algunos servicios (out of pocket), independientemente del seguro médico que el ciudadano posea. (OMS, 2010).

Aun así, muchos de los países que componen la OCDE han logrado que su sistema sanitario tenga cobertura universal para un conjunto básico de salud específico, en los que se pueden encontrar: consultas, citas, pruebas o exámenes médicos entre otros. No obstante, no todos los países de la OCDE siguen la misma estructura y organización del sistema sanitario. Además, se encuentran diferencias en indicadores de acceso al sistema sanitario como pueden ser los precios de dicho sector, la cobertura que te proporciona o el tipo de seguro médico que el ciudadano posea, ya sea público o privado.

Siguiendo la definición “la cobertura de la población para la atención de la salud se define como, la proporción de la población elegible para un conjunto básico de servicios de salud ya sea a través de programas de servicios públicos o seguro médico privado primario”. (OCDE, 2021)

Tabla 1. Cobertura de la población para un conjunto básico de servicios (2017)

	Cobertura pública	Cobertura primaria privada	Total		Cobertura pública	Cobertura primaria privada	Total
Australia	100	..	100	Japón	100	..	100
Austria	99,9	..	99,9	Corea	100	..	100
Bélgica	98,7	..	98,7	Letonia	100	..	100
Canadá	100	..	100	Lituania	98,1	..	98,1
Chile	75,6	18,4	94	México	89,3	..	89,3
Colombia	94,9	..	94,9	Holanda	..	99,9	99,9
República Checa	100	..	100	Nueva Zelanda	100	..	100
Dinamarca	100	..	100	Noruega	100	..	100
Estonia	94,1	..	94,1	Polonia	92,6	..	92,6
Finlandia	100	..	100	Portugal	100	..	100
Francia	99,9	..	99,9	República Eslovaca	94,6	..	94,6
Alemania	89,4	10,6	100	Eslovenia	100	..	100
Grecia	100	..	100	España	99	0,9	99,9
Hungría	94	..	94	Suecia	100	..	100
Islandia	99,5	0,5	100	Suiza	..	100	100
Irlanda	100	..	100	Turquía	99,2	..	99,2
Israel	100	..	100	Reino Unido	100	..	100
Italia	100	..	100	Estados Unidos	35,9	54,9	90,8

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la OCDE (2019).

*\*Datos pertenecientes a 2016*

En la tabla 1, se puede observar el grado de cobertura sanitaria para un conjunto básico de salud, en la que incluimos: consultas con médicos, pruebas y exámenes médicos y atención hospitalaria básica para los países de la OCDE en 2017, tanto en lo referente a cobertura pública como privada. Este último tipo de cobertura se puede dar a través de seguros médicos privados o concertados (con financiación dividida entre el sector público y el privado) que están cubiertos por el pago de los ciudadanos (out of pocket). No obstante, más adelante se explicarán los diferentes tipos de regulaciones que se pueden encontrar en los países de la OCDE.

Enfocándose en el análisis de los resultados, en general la cobertura de la atención primaria en la mayoría de los países de la OCDE es muy elevada y cercana al 100%. No obstante, se pueden encontrar algunas diferencias entre ellos. Si hacemos un análisis por áreas geográficas, se puede observar que la mayoría de los países de Europa Occidental y Asia tienen una cobertura sanitaria del 100% o valores muy cercanos; en cambio, en países de Europa Oriental como pueden ser Hungría, Estonia, Eslovaquia o Polonia y países de Latinoamérica como Chile, Colombia y México, la cobertura sanitaria es amplia pero no universal, con valores superiores al 90% pero por debajo de los países de Europa Occidental y Asia. Por último, el caso de Estados Unidos, con un valor correspondiente del 90%, muy por debajo de la mayoría de los países de la OCDE, a pesar de ser una de las mayores potencias mundiales en términos económicos.

Dentro de la cobertura, se ven diferencias en cuanto al peso del sector privado. En la mayoría de los países de la OCDE, la cobertura sanitaria es pública en su totalidad o casi en su totalidad, pero hay algunos países donde el sector privado, a través de seguros obligatorios, tiene un peso importante. Dentro de este último grupo podemos destacar países como Holanda, Suiza y Estados Unidos, donde el peso del sector privado en la cobertura sanitaria es incluso mayor que el del sector público.

## 2.2 TIPOS DE SISTEMAS SANITARIOS EN LOS PAÍSES DE LA OCDE

A continuación, se proporcionará una visión generalizada de los diferentes tipos de sistema sanitario que se pueden encontrar en los países de la OCDE, destacando así, aquellos países donde la cobertura sanitaria es inferior a los demás países o aquellos donde la cobertura privada juegue un papel importante. Posteriormente, en el análisis de los resultados se tratará de comprender si existe relación entre el tipo de tipología sanitaria que siguen los países de la OCDE con los resultados sanitarios de los mismos.

El Sistema Sanitario (SS) se entiende como “conjunto de personas, instituciones y recursos, organizados de manera conjunta y de acuerdo con políticas establecidas, dedicados a la mejora de la salud de la población a la que sirven y que, a la vez que responden a las expectativas legítimas de la población protegiéndola del coste de la enfermedad a través de diversas actividades, su intención principal es la protección y mejora de la salud” (OMS, 2021)

El primer modelo de sistema sanitario que se va a analizar es el Modelo Beveridge o Servicios Nacionales de Salud.

Este modelo surgió en la década de los 40 en Gran Bretaña, a cargo de la Comisión Interdepartamental para la Seguridad Social y Servicios Afines. Este sistema sanitario pretendía luchar contra la pobreza, en favor de las clases más pobres, pero sin olvidarse de los ricos; es decir, garantizaba una asistencia fija para todos los trabajadores, incluso aquellos que no aportaban al sistema, mientras que las clases más favorecidas “ricos” pudiesen complementar esta pensión sanitaria con seguros y ahorro privado. (Conde-Ruiz, 2018).

Según el informe del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social Español (MSCBS) de 2019 sobre los sistemas sanitarios en la Unión Europea, este modelo se caracteriza principalmente por 4 cuestiones. Primero, el modelo sigue los principios de universalidad, libre acceso y equidad. Segundo, la sanidad está organizada y regulada mayoritariamente por el sector público (los hospitales son públicos, los médicos son funcionarios del gobierno, etc.). Tercero, su financiación se deriva de los impuestos de los ciudadanos, y las prestaciones están reguladas por el Estado. (Vilches, 2016). Por último, podemos encontrarnos diferentes servicios sanitarios, como puede ser el servicio dental o el servicio de fisioterapia, que mayoritariamente no están incluidos dentro de la cobertura pública del sistema sanitario, por lo que los ciudadanos deben afrontar un coste aparte de los impuestos (out of pocket); en este caso, el ciudadano estaría complementando el sistema sanitario público con el privado.

Dentro de este modelo se pueden encontrar la gran mayoría de países europeos como España, Portugal, Finlandia, Italia, Reino Unido, Suecia, Noruega, Irlanda, Estonia Dinamarca, además de otros países como Corea y Nueva Zelanda.

El segundo modelo de sistema sanitario que se va a analizar es el Modelo Bismark o Sistema de Seguros Sociales.

Este modelo de sistema sanitario surgió en Alemania en 1883 y fue propuesto por el político y estadístico Otto Von Bismark. A diferencia del modelo Beveridge las entidades no gubernamentales tienen más relevancia a la hora de gestionar los servicios sanitarios. No obstante, como afirma Vilches (2016) “El Estado es más bien regulador de los servicios”.

Este modelo se caracteriza principalmente por 3 cuestiones. Primero, los ciudadanos tienen atención sanitaria organizada y gestionada a través de organizaciones privadas. Segundo, los ciudadanos pagan cuotas a organizaciones no gubernamentales que gestionan los servicios y recursos sanitarios (contratan hospitales, médicos de familia, servicios sanitarios primarios, productos farmacéuticos, ayudas médicas) para aquellos ciudadanos que contraten sus seguros. Tercero, es un sistema de reembolso y copago por algunos usuarios. Por último, además de este seguro privado también se puede encontrar otros tipos de seguros denominados complementarios donde el coste puede variar en función del tipo de servicio, país u otros factores determinantes. Como se ha citado previamente, Vilches (2016) señala que, en este modelo, el Estado actúa como regulador de servicios, teniendo así, relativa importancia en esta tipología sanitaria.

Dentro de este modelo se podrían mencionar algunos países europeos como Holanda, Alemania, Polonia, Suiza, Francia, países latinoamericanos como México y Chile y otros países como Israel y Japón.

A diferencia de la mayoría de los países de la OCDE, los cuales siguen una tipología sanitaria basada en los dos modelos anteriormente citados, EEUU sigue un modelo específico y particular el cual es importante mencionar y analizar. Como se ha podido observar en la tabla 1, su cobertura sanitaria apenas alcanza el 90% a pesar de ser una de las principales potencias económicas a nivel mundial; de este 90%, un 54,9 % está regulado por un servicio de atención primaria privado, planteándonos la siguiente pregunta: ¿Cómo es el funcionamiento de su sistema sanitario?

Como se ha citado anteriormente, la importancia de las aseguradoras en el sistema sanitario de EEUU es fundamental, ya que mayoritariamente tiene un tipo de regulación privada. Antiguamente, el sistema sanitario de EEUU era predominantemente privado dando lugar a que gran parte de su población no pudiese permitirse pagar los seguros médicos debido a sus altos costes. A partir de 2011, con la entrada del presidente Barack Obama se implementó la denominada ACA (Ley de Protección al paciente y Cuidados de salud Asequible), donde la intervención pública fue mayor, reduciendo así dichos costes y aumentando el porcentaje de población con cobertura sanitaria, a pesar de las diferencias tanto de ingresos, como de raza. Como afirma Herreros de Tejada Conde (2019, p. 21), “En 2017, el 91,2% de la población americana ha tenido seguro médico en algún momento del año, en su mayoría, un seguro privado, 67,2%, frente a aquellos con cobertura pública, 37,7% según los datos del U.S. Census Bureau, 2018”

No obstante, Herreros de Tejada Conde (2019) sostiene que, en este caso, a diferencia de los dos modelos anteriormente citados, la ayuda gubernamental en el sistema sanitario estadounidense solo se da bajo ciertos requisitos. Además, el autor señala que este tipo de sistema sanitario no es universal, como el sistema sanitario español o el de la mayoría de los países de la OCDE. Como consecuencia, este sistema deja desprotegida a las clases medias y bajas al no poder hacer frente a los altos costes de accesibilidad.

## **2.3 REVISION DE LA LITERATURA**

Reibling et al. (2019) desarrollaron un estudio sobre la agrupación de 29 países de la OCDE (exceptuando Chile, Israel, Letonia, México y Turquía por falta de datos fiables) sobre trece indicadores sanitarios para el periodo de 2011-2014. Estos autores realizaron un análisis clúster para comparar los sistemas de salud de los países de la OCDE. Para ello, seleccionaron cinco dimensiones teóricas: oferta del sector sanitario, sistema público-privado, regulaciones de acceso, orientación de la atención primaria y por último el desempeño. Tras la realización de su trabajo Reibling et al. (2019), llegaron a la conclusión de la existencia de cinco tipologías de sistema de la salud, donde incluían a los diferentes países miembros de la OCDE.

Primero, los países con un sistema orientado a la oferta y la elección (Australia, Austria, Bélgica, República Checa, Alemania, Francia, Irlanda, Islandia, Luxemburgo, Eslovenia). Segundo, los países con un sistema de tipo público orientados a la atención primaria y al rendimiento (Finlandia, Japón, Corea, Noruega, Nueva Zelanda, Portugal, Suecia). Tercero, los países donde el sistema de salud está regulado por el sector público, pero no se centran en el rendimiento ni la oferta (Dinamarca, España, Italia, Holanda, Reino Unido). Cuarto, los países que siguen un tipo mixto de regulación (público-privada), con bajo rendimiento (Estonia, Hungría, Polonia, Eslovaquia). Por último, los países donde el sistema sanitario está orientado al rendimiento y regulado mayoritariamente por el sector privado (Chile y Estados Unidos). (Reibling et al., 2019).

No obstante, Reibling et al., (2019) también destacan que estas tipologías no son “congeladas”; es decir, varían en el tiempo, haciendo referencia a que el sistema sanitario va de la mano con la estabilidad política. Como se mencionó previamente en el tipo de regulación, el caso de EEUU refuerza esta teoría, ya que, tras la entrada de Donald Trump en la presidencia, muchas políticas favorables al estado de salud de los ciudadanos quedaron paralizadas, mientras que Obama promovió la ACA favorable para los ciudadanos. “Cualquier tipología de regímenes de bienestar, por lo tanto, sigue siendo válida solo mientras la historia se detenga” (Esping-Andersen, G, 1999).

Sekhri y Savedoff (2005), en su trabajo “Private health insurance: implications for developing countries” analizan la importancia de la gestión de los seguros médicos privados en una serie de países de diferentes rentas económicas, tanto países desarrollados, como en vías de desarrollo o subdesarrollados. Tras la realización del estudio, los autores llegan a la conclusión de que la utilización de un seguro médico privado puede ser muy favorable para el sistema sanitario de un país, siempre y cuando se gestione de manera correcta por los gobiernos.

Según Sekhri y Savedoff (2005), la experiencia indica que los sistemas de seguro sanitario privados no regulados o mal diseñados, pueden exacerbar las desigualdades, brindar cobertura solo para los jóvenes y provocar una escalada de costes. Sin embargo, cuando se gestiona adecuadamente, hay varias formas en que los seguros de salud privados pueden desempeñar un papel positivo en la mejora del acceso y la equidad en los países en desarrollo.

También ponen como ejemplo a EEUU, uno de los países con mayor número de aseguradoras privadas, citando:

Por lo tanto, el seguro privado, como muchos programas de seguro social, brinda una oportunidad para quienes están empleados y quienes pueden permitirse contribuir directamente a los costes de la atención médica, y sirve como un mecanismo para captar fondos privados para financiar las crecientes demandas del sistema de salud. En países con recursos públicos limitados, permite que los ingresos fiscales se orienten a los servicios para brindar atención médica a los pobres. Sekhri y Savedoff (2005)

No obstante, Sekhri y Savedoff (2005) destacan la importancia de las instituciones para regular y gestionar las habilidades involucradas en la regulación de los seguros de salud privados.

En 2015, Weale expone un artículo sobre las políticas de acceso y elección entre los modelos sanitarios Beveridge y Bismarck. Este artículo pone en duda si la distinción entre estos modelos sanitarios sigue siendo útil hoy en día, ya que no hay una distinción clara entre los países del tipo Beveridge y Bismarck en cuanto a resultados sanitarios (Weale 2015). Este trabajo acaba haciendo una reflexión sobre cuáles son las prioridades que hacen escoger a los países entre un modelo u otro; entre las que más destacan, se encuentran los valores políticos y culturales. Además, el autor menciona que los acontecimientos políticos de tipo general pueden tener implicaciones para la

gobernanza en la atención de la salud (Como ocurrió en EEUU con la entrada de Barack Obama a la presidencia). Además, Weale (2015) insiste en que ambos modelos siguen el principio de universalidad y equidad, pero basado en dos formas diferentes. El primer modelo, Beveridge, busca asignar los recursos de manera eficiente a través de un gobierno que actúa como planificador central benévolo, mientras que, en el segundo modelo, los seguros sociales se centran en el rendimiento económico (riesgo financiero)

### 3. DATOS Y METODOLOGÍA

El presente estudio se centrará en las diferencias del sistema sanitario entre los países de la OCDE a través de una serie de indicadores de salud. El análisis incluye todos los países de la OCDE, excepto para algunos indicadores donde no se disponen datos; en esos casos, el país donde falten datos será indicado en la parte inferior de las tablas.

Los datos de los indicadores e índices se obtuvieron de la página oficial de la OCDE (OCDE.Stat), el Banco Mundial (World Development Indicators) y la OMS (Global Health Expenditure Database). Para el análisis se usará el valor correspondiente del año 2017 (o año más cercano disponible), con ello se obtendrá una visión panorámica de los valores correspondientes a los indicadores sanitarios en el último año disponible. No obstante, cabe destacar que todos los indicadores del estado de salud (excepto el número de muertes evitables) serán datos recogidos para 2018, la explicación lógica de esto se debe a que el valor del gasto de los países en 2017 tendrá repercusión en el próximo año.

Como se ha citado previamente, si algún país no tiene datos oficiales para un indicador determinado se utilizarán los datos del año más cercano, indicándolo en la parte inferior de la tabla de datos correspondiente.

A continuación, se explicará con detalle la fuente y composición de cada uno de los indicadores, los cuales podemos dividir en tres secciones; Precios y costes del sistema sanitario, Gasto y financiación del gobierno en salud y Resultados en salud.

Dentro del primer grupo de indicadores, los relativos al “Precios y costes del sistema sanitario” se analizarán dos indicadores: Nivel de precios para la salud y Gastos a cargo del hogar.

El primer indicador utilizado en este grupo es “NIVEL DE PRECIOS PARA LA SALUD” en 2017, este indicador pone en comparación el nivel de precios de la asistencia sanitaria en los países de la OCDE, tomando como referencia el dólar estadounidense. Este indicador muestra el nivel de precios de una canasta de bienes y servicios de la atención médica. Además, mide cómo son de costosos los bienes y servicios sanitarios de un país, independientemente de quien asuma ese costo. Al tratarse de un conjunto de países, una misma cuantía monetaria puede tener distinta capacidad de compra. Para corregir este sesgo, los resultados se muestran en PPA “Paridad de poder adquisitivo”. Este indicador está obtenido a través de la página oficial de la OCDE.

El segundo indicador utilizado en este grupo es “GASTOS A CARGO DEL HOGAR (OUT OF POCKET)”, donde el out of pocket son “todos los gastos asumidos directamente por un paciente donde el seguro no logra cubrir el costo total del bien o servicio de salud. Incluyen costos compartidos, automedicación y otros gastos pagados directamente por hogares privados. En algunos países también incluyen estimaciones de pagos informales a los proveedores de la atención médica” (OCDE, 2020). Los resultados de este indicador se muestran de dos formas diferentes. La primera, con relación a la participación sobre el PIB, medido en porcentaje; y la segunda, el gasto a cargo de los hogares per cápita, medido en dólares estadounidenses. Este indicador está obtenido de la página oficial de la OCDE.

En el segundo grupo de indicadores, los relativos al “Gasto y financiación del sistema de salud” se analizarán cuatro indicadores: Gasto en salud per cápita, Gasto en salud como porcentaje del PIB, Gasto corriente en salud medido sobre la participación del PIB por esquemas de financiamiento y Gasto corriente en capital sanitario. Para entender bien estos indicadores cabe destacar que el gasto en salud da una medida del consumo de bienes y servicios de salud, es decir, gasto sanitario corriente.

El primer indicador “GASTO EN SALUD PER CÁPITA PPA ACTUAL” destinados al sistema sanitario en 2017, expresa el gasto en salud per cápita total de los países de la OCDE a través del sumatorio de todos los esquemas de financiación, es decir, la suma del gasto per cápita proveniente de los esquemas gubernamentales /obligatorios, los planes de pagos voluntarios de asistencia sanitaria y, por último, el gasto en salud a cargo de los hogares. Los datos de este indicador se han obtenido del Global Expenditure Database. El segundo indicador es el “GASTO EN SALUD COMO PORCENTAJE DEL PIB” destinados al sistema sanitario en 2017. Este indicador mide el peso, en términos porcentuales, que tiene el gasto en salud en relación con el total del PIB. Este indicador, como ocurre con el anteriormente mencionado, esta expresado como sumatorio de todos los esquemas de financiación. Los datos de este indicador se han obtenido de la página oficial de la OCDE.

El tercer indicador es el “GASTO CORRIENTE EN SALUD MEDIDO SOBRE LA PARTICIPACIÓN DEL PIB POR ESQUEMAS DE FINANCIAMIENTO.” Los datos de este indicador están recogidos de la página oficial de la OCDE y sus datos corresponden al año 2017. Este indicador mide el peso, en términos porcentuales, que tiene el gasto corriente en salud realizado por los esquemas gubernamentales y el realizado por los pagos voluntarios de los hogares con relación a la participación del PIB. Con este indicador se podrá desglosar el indicador anteriormente mencionado “Gasto en salud como % del PIB” según sus fuentes de financiación.

El ultimo indicador de este grupo “GASTO CORRIENTE EN CAPITAL SANITARIO”. Los datos de este indicador están recogidos de la página oficial de la OCDE y sus datos corresponden al año 2017. Este indicador mide el peso, en términos porcentuales, que tiene el gasto corriente en capital sanitario en relación con el total de gasto sanitario corriente y en relación con el total de gasto del PIB. Este indicador es relevante en los resultados sanitarios de un país tanto a corto como largo plazo, ya que, la inversión / gasto en capital sanitario tiene una gran repercusión en la capacidad de un sistema sanitario para atender las necesidades de sus ciudadanos.

“La formación bruta de capital fijo en el sector de la salud es medida por el valor total de los activos fijos que los proveedores de salud han adquirido durante la contabilidad período (menos el valor de las enajenaciones de activos) y que se utilizan repetida o continuamente durante más de un año en la producción de servicios de salud. El desglose por activos incluye infraestructura (p. ej. hospitales, clínicas, etc.), maquinaria y equipo (incluida la maquinaria de diagnóstico y quirúrgica, ambulancias y equipos TIC), así como software y bases de datos”. (OCDE, 2021).

En el último grupo, que engloba los indicadores relativos a “Resultados de salud” se analizaran cuatro indicadores: Esperanza de vida al nacer, Número de muertes evitables por cada 100.000 habitantes, Percepción de la salud de la población mayor de 15 años y Proporción de población mayor de 15 años que percibe una salud buena / muy buena según su quintil de ingresos. Con estos indicadores se pretende medir los resultados sanitarios obtenidos para los diferentes países de la OCDE.

El primer indicador, "ESPERANZA DE VIDA AL NACER" muestra la esperanza de vida de los ciudadanos en los países de la OCDE en el año 2018. Los datos de este indicador provienen del Banco Mundial (World Development Indicators). Este indicador está medido en años y utiliza el promedio no ponderado de la esperanza de vida de los hombres y las mujeres para obtener la esperanza de vida total. El segundo indicador de estado de salud, "NÚMERO DE MUERTES EVITABLES POR 100.000 HAB (TASAS ESTANDARIZADAS)". Los datos de este indicador provienen de la página oficial de la OCDE y sus datos corresponden al 2017. La mortalidad evitable puede definirse como los casos de muerte por procesos que disponen de tratamiento o medidas de prevención y que podrían haberse evitado si el sistema sanitario hubiera actuado correctamente en todos sus pasos (OCDE, 2021). Este indicador hace referencia a la mortalidad prematura, muertes en edad inferior a 75 años. Otro dato relevante de este indicador es que está medido en tasas estandarizadas (total de casos esperados por el total de la población estándar), donde la población estándar sigue el promedio de la OCDE de 2010.

El tercer indicador dentro de esta categoría, "PERCEPCIÓN DE LA SALUD DE LA POBLACIÓN MAYOR DE 15 AÑOS". La información recoge que porcentaje de ciudadanos indica que su estado de salud es muy bueno / bueno, regular o malo, esta información está recogida a través de encuestas nacionales de salud en los países de la OCDE. Con este indicador se pretende ver el estado de salud percibido por los ciudadanos de los países miembros. Por último, el cuarto indicador "PROPORCIÓN DE POBLACIÓN MAYOR DE 15 AÑOS QUE PERCIBE UNA SALUD BUENA / MUY BUENA SEGÚN SU QUINTIL DE INGRESOS". Este indicador permite medir la desigualdad en los resultados en salud. Recoge el porcentaje de población que, en su opinión, tiene un estado de salud bueno o muy bueno diferenciando entre la población situada en el quintil 1 de ingresos (20% ingresos más bajos) y la población situada en el quintil 5 (20% de ingresos más altos). Los datos de ambos indicadores han sido obtenidos del Banco Mundial, recogidos a través de encuestas de salud o de hogares y corresponden al año 2018.

Una vez explicados todos los indicadores, se va a dar una breve explicación de cómo se va a realizar el análisis empírico de los resultados. Para analizar las diferencias entre los países, se van a clasificar según su modelo sanitario, de acuerdo con lo explicado anteriormente en la sección 2. Para comparar los modelos, se obtendrá el valor medio de cada indicador en los países categorizados dentro de cada uno de los modelos, además se analizará los casos más relevantes dentro de cada uno de ellos.

La correspondiente división de los países según el modelo sanitario se ha realizado a través del informe publicado por (MSCBS) en 2019 sobre las tipologías sanitarias en la Unión Europea, complementado por la información de los países que no aparecen en esta división, obtenida a través de la información publicada en sus correspondientes ministerios.

**Modelo Beveridge:** Dinamarca, Irlanda, España, Finlandia, Letonia, Reino Unido, Portugal, Suecia, Corea, Italia, Australia, Noruega, Islandia, Nueva Zelanda.

**Modelo Bismarck:** Alemania, Austria, Bélgica, Eslovenia, República Eslovaca, Francia, Luxemburgo, Grecia, Lituania, Holanda, Polonia, República Checa, Japón, México, Chile, Israel, Hungría, Suiza, Canadá, Colombia, Turquía, Estonia.

**Caso particular:** Estados Unidos

En cuanto al periodo de análisis, nos centraremos en los datos correspondientes al último año disponible. Con esto, se obtendrá una panorámica de los indicadores de los sistemas sanitarios de los países de la OCDE en el último año con información disponible.



## 4. RESULTADOS

A continuación, se llevará a cabo un análisis a través de tablas de los indicadores anteriormente citados, destacando así, los datos más relevantes entre los países de la OCDE. Como se ha recalcado previamente, los diferentes datos se dividirán en tres secciones: Precios y costes del sistema sanitario, Gasto y financiación del gobierno en salud y por último Resultados de salud, donde se medirá el grado de percepción de la salud por parte de los ciudadanos.

### 4.1 PRECIOS Y COSTES DEL SISTEMA SANITARIO.

#### 4.1.1 Niveles comparativos de precios para la salud.

Tabla 2. Niveles de precios sanitarios para los países OCDE (2017)

Modelo Beveridge		Modelo Bismark		Estados Unidos
Australia	72,4	Austria	82,4	100,0
Dinamarca	88,3	Bélgica	75,2	
Finlandia	89,6	Canadá	92,2	
Islandia	137,6	Chile	59,4	
Irlanda	106,5	Colombia	..	
Italia	81,5	República Checa	27,9	
Corea	48,4	Estonia	41,9	
Letonia	30,8	Francia	66,4	
Nueva Zelanda	71,7	Alemania	68,3	
Noruega	119,6	Grecia	57,1	
Portugal	54,7	Hungría	31,6	
España	75,6	Israel	110,2	
Suecia	111,4	Japón	70,6	
Reino Unido	83,0	Lituania	29,6	
<b>Promedio</b>	<b>83,6</b>	Luxemburgo	101,8	
		México	47,1	
		Holanda	86,1	
		Polonia	29,2	
		República Eslovaca	34,3	
		Eslovenia	54,1	
		Suiza	139,5	
		Turquía	17,5	
		<b>Promedio</b>	<b>63,0</b>	

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la OCDE (2021)

Uno de los principales indicadores de acceso al sistema sanitario son los precios. En la tabla 2, se observa una comparativa de precios de bienes y servicios sanitarios en los diferentes países de la OCDE, tomando como referencia el dólar estadounidense. En promedio, el nivel de precios en los países que siguen el modelo sanitario Beveridge es de 83,6, mientras que en los países con el modelo sanitario Bismark es de 63. El valor correspondiente a Estados Unidos, como se ha mencionado anteriormente es 100, un valor que se sitúa dentro de los más elevados.

Si se hace una comparativa a nivel geográfico se puede observar cómo los países nórdicos, entre los que se pueden destacar Suecia y Noruega, tienen un nivel de precios sanitarios mayor que los demás países miembros. Por el contrario, los países de Europa Oriental y Latinoamérica como, por ejemplo, México, Lituania o Polonia, tienen un nivel de precios relativamente bajo.

#### 4.1.2 Gastos a cargo del hogar (out of pocket)

Tabla.3 Gastos a cargo del hogar para los países de la OCDE (2017)

Participacion sobre el PIB % (2017)					Per capita a precios corrientes PPA (2017)				
Modelo Beveridge		Modelo Bismark		Estados Unidos	Modelo Beveridge		Modelo Bismark		Estados Unidos
Australia	1,7	Austria	2,0	1,9	Australia	845,20	Austria	1.026,20	1.123,80
Dinamarca	1,4	Bélgica	2,0		Dinamarca	701,70	Bélgica	954,00	
Finlandia	1,7	Canadá	1,6		Finlandia	804,1	Canadá	772,20	
Islandia	1,4	Chile	3,0		Islandia	685,30	Chile	676,10	
Irlanda	0,9	Colombia	1,2		Irlanda	597,10	Colombia	177,60	
Italia	2,1	R. Checa	1,1		Italia	809,2	R. Checa	428,20	
Corea	2,3	Estonia	1,6		Corea	916,50	Estonia	550,00	
Letonia	2,5	Francia	1,1		Letonia	702,0	Francia	482,20	
Nueva Zelanda	1,2	Alemania	1,4		Nueva Zelanda	518,70	Alemania	760,50	
Noruega	1,5	Grecia	2,8		Noruega	881,70	Grecia	785,40	
Portugal	2,8	Hungría	1,8		Portugal	872,70	Hungría	547,80	
España	2	Israel	1,6		España	734,90	Israel	596,50	
Suecia	1,5	Japón	1,4		Suecia	748,80	Japón	555,90	
Reino Unido	1,6	Lituania	2,1		Reino Unido	655,20	Lituania	729,90	
<b>Promedio</b>	<b>1,76</b>	Luxemburgo	0,6		<b>Promedio</b>	<b>741,62</b>	Luxemburgo	534,40	
		México	2,3				México	461,90	
		Holanda	1,1				Holanda	581,60	
		Polonia	1,5				Polonia	472,00	
		R. Eslovaca	1,3				R. Eslovaca	383,30	
		Eslovenia	1,0				Eslovenia	351,60	
		Suiza	3,1				Suiza	1.858,20	
		Turquía	0,7				Turquía	206,40	
		<b>Promedio</b>	<b>1,65</b>				<b>Promedio</b>	<b>631,45</b>	

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos OCDE (2021)

Como se ha citado previamente en la sección 3 “Datos y metodología”, el out of pocket son todos los cargos asumidos por los hogares que no están cubiertos por el sector público ni por los servicios privados que el ciudadano contrata en los seguros.

Analizando el out of pocket con relación a la participación del PIB en 2017, se puede observar que la media de los países que siguen el modelo Beveridge es de 1,76%, mientras que, los países que siguen el modelo Bismark es de 1,65%, por otro lado, el caso particular de EEUU donde su valor correspondiente a 2017 es de un 1,9%, un valor por encima de la media de los dos modelos, pero que, si se analiza por países, se sitúa cercano a la media. Dentro del primer modelo los países con mayor porcentaje respecto al PIB son Portugal (2,8%) y Letonia (2,5%), mientras que en el segundo modelo se puede destacar Suiza (3,1%) y Chile (3%). Por el contrario, en el modelo Beveridge, los países con menor porcentaje con relación al PIB son Irlanda (0,9%) y Nueva Zelanda (1,2%), mientras que, en el modelo Bismark, son Luxemburgo (0,6%) y Turquía (0,7%).

Los resultados del out of pocket per cápita asumido por los ciudadanos en 2017 son muy similares con respecto al porcentaje de PIB. En promedio el gasto a cargo de los hogares en los países categorizados por el modelo Beveridge es 741,62 dólares per cápita mientras que, los países que siguen el modelo Bismarck 631,45 dólares.

El gasto a cargo de los hogares en EEUU es de 1.123,8 dólares per cápita, situándose como el segundo país que más gasto a cargo de los hogares per cápita tiene después de Suiza.

Como se puede observar en la tabla 3, el gasto per cápita a cargo de los hogares en Suiza y en Estados Unidos es muy superior a los demás países de la OCDE. Cabe mencionar que, en ambos países el sector privado tiene mayor relevancia en el sistema sanitario que en los demás países de la OCDE.

## 4.2 GASTO Y FINANCIACIÓN DEL GOBIERNO EN SALUD

A la hora de determinar la eficacia del sistema sanitario de un determinado país es importante tener en cuenta varios factores explicativos. En este caso, antes de analizar los resultados en salud de los países de la OCDE, se van a comparar los diferentes indicadores sanitarios correspondientes al gasto y financiación en los países de la OCDE. Para ello, se van a analizar cuatro indicadores: Gasto en salud per cápita, Gasto en salud como porcentaje del PIB, Gasto corriente en salud medido sobre la participación del PIB por esquemas de financiamiento y Gasto corriente en capital sanitario.

### 4.2.1 Gasto en salud per cápita PPA actual

Tabla 4. Gasto per cápita en salud (2017)

Modelo Beveridge		Modelo Bismark		Estados Unidos
Australia	4.725,4	Austria	5.674,1	10.209,6
Dinamarca	5.589,4	Bélgica	5.289,4	
Finlandia	4.339,9	Canadá	5.023,4	
Islandia	4.739,7	Chile	2.193,4	
Irlanda	5.616,8	Colombia	1.114,1	
Italia	3.572,1	República Checa	2.753,4	
Corea	2.809,3	Estonia	2.230,4	
Letonia	1.704,4	Francia	5.110,1	
Nueva Zelanda	3.815,7	Alemania	5.930,6	
Noruega	6.515,9	Grecia	2.273,6	
Portugal	3.084,2	Hungría	2.003,7	
España	3.482,5	Israel	3.088,0	
Suecia	5.635,5	Japón	4.386,5	
Reino Unido	4.473,1	Lituania	2.142,8	
<b>Promedio</b>	<b>4.293,1</b>	Luxemburgo	5.870,4	
		México	1.072,0	
		Holanda	5.498,9	
		Polonia	1.978,6	
		República Eslovaca	2.929,1	
		Eslovenia	2.960,6	
		Suiza	7.928,2	
		Turquía	1.176,0	
		<b>Promedio</b>	<b>3.574,0</b>	

Fuente: Elaboración propia a través de los datos de Global Health Expenditure Database (2021)

En la tabla 4, se puede ver el gasto en salud per cápita en PPA actual (Paridad de Poder Adquisitivo) de los países de la OCDE.

En 2017, los países que siguen un modelo sanitario Beveridge tienen de media, un gasto sanitario per cápita de 4.293,1 dólares, mientras que los países que siguen el modelo Bismark tienen de media 3.574,0 dólares. Haciendo referencia a Estados Unidos, con un valor correspondiente de 10.209,6 dólares, se sitúa como el país con mayor gasto per cápita de los países de la OCDE, muy por encima de la media de los dos modelos anteriormente citados.

Dentro del modelo Beveridge, los países con mayor gasto per cápita son Noruega e Irlanda, con valores de 6.515,9 y 5.616,8 dólares, respectivamente; mientras que los países con menor gasto per cápita son Letonia y Corea, con valores de 1.704,4 y 2.809,2 dólares, respectivamente. Dentro del modelo Bismark, los países con mayor gasto son Suiza y Alemania, con valores de 7.928,2 y 5.930,6 dólares, respectivamente; mientras que los países con menor gasto per cápita son México y Colombia, con valores de 1.072 y 1.114,1 dólares, respectivamente. Haciendo referencia a la localización geográfica se puede observar cómo los países nórdicos tienen un gasto per cápita superior a los demás países de la OCDE; por el contrario, los países latinoamericanos tienen un gasto per cápita muy inferior al resto de países.

#### 4.2.2 Gasto en Salud como porcentaje del PIB

Tabla 5. Gasto en salud como % Producto interior bruto (2017)

Modelo Beveridge		Modelo Bismark		Estados Unidos
Australia	9,2	Austria	10,4	17
Dinamarca	10,1	Bélgica	10,4	
Finlandia	9,1	Canadá	10,8	
Islandia	8,3	Chile	9,1	
Irlanda	7,2	Colombia	7,7	
Italia	8,7	República Checa	7,2	
Corea	7,1	Estonia	6,6	
Letonia	6	Francia	11,4	
Nueva Zelanda	9	Alemania	11,4	
Noruega	10,3	Grecia	8	
Portugal	9,3	Hungría	6,8	
España	8,9	Israel	7,5	
Suecia	10,8	Japón	10,8	
Reino Unido	9,8	Lituania	6,5	
<b>Promedio</b>	<b>8,84</b>	Luxemburgo	5,3	
		México	5,5	
		Holanda	10,1	
		Polonia	6,6	
		República Eslovaca	6,8	
		Eslovenia	8,2	
		Suiza	11,9	
		Turquía	4,2	
		<b>Promedio</b>	<b>8,33</b>	

Fuente: Elaboración propia a través de los datos de la OCDE (2019)

La tabla 5 muestra el peso, en términos porcentuales, que tiene el gasto en salud en relación con el total del PIB.

En 2017, los países que siguen un modelo sanitario Beveridge tienen de media un gasto sanitario con relación al PIB del 8,84%, mientras que los países que siguen el modelo Bismark tienen un 8,33%. Como se puede observar en la tabla 5 los países con la tipología Bismarkiana tienen un gasto ligeramente inferior. Analizando el caso de Estados Unidos, con un gasto con relación al PIB del 17%, se sitúa como el país con mayor gasto sanitario respecto al PIB, algo similar a lo que ocurría en el indicador de la tabla 4 “Gasto per cápita”.

Dentro del modelo Beveridge, los países con mayor gasto con relación al PIB son Suecia y Noruega, con valores del 10,8% y 10,3% respectivamente. Mientras que, los países con menor gasto sanitario con relación al PIB dentro del modelo Beveridge son Letonia y Corea, con valores del 6% y 7,1%. Dentro del modelo Bismark, los países con mayor gasto son Suiza, Francia y Alemania, con valores del 11,9%, 11,4% y 11,4%, respectivamente. Mientras que los países con menor gasto sanitario con relación al PIB dentro del modelo Bismarck son Turquía y Luxemburgo con valores del 4,2% y 5,3%. Como ocurría en el indicador del Gasto per cápita, los países nórdicos son los que destinan mayor gasto con relación al PIB al sistema sanitario.

#### 4.2.3 Gasto corriente en salud medido sobre la participación del PIB por esquemas de financiamiento.

Tabla 6. Gasto corriente en salud medido sobre la participación del PIB por esquemas de financiamiento (2017).

Esquemas gubernamentales/obligatorios					Planes de pago voluntario				
Modelo Beveridge		Modelo Bismark		Estados Unidos	Modelo Beveridge		Modelo Bismark		Estados Unidos
Australia	6,1	Austria	7,7	14,4	Australia	1,4	Austria	0,7	0,8
Dinamarca	8,5	Bélgica	7,9		Dinamarca	0,2	Bélgica	0,5	
Finlandia	7	Canadá	7,6		Finlandia	0,4	Canadá	1,6	
Islandia	6,8	Chile	5,5		Islandia	0,1	Chile	0,6	
Irlanda	5,2	Colombia	5,9		Irlanda	1	Colombia	0,6	
Italia	6,4	R. Checa	5,9		Italia	0,2	R. Checa	0,2	
Corea	4,2	Estonia	4,9		Corea	0,6	Estonia	0,1	
Letonia	4,3	Francia	9,5		Letonia	0,1	Francia	0,8	
Nueva Zelanda	7,1	Alemania	9,6		Nueva Zelanda	0,7	Alemania	0,3	
Noruega	8,8	Grecia	4,8		Noruega	0	Grecia	0,3	
Portugal	5,7	Hungría	4,7		Portugal	0,8	Hungría	0,3	
España	6,3	Israel	4,8		España	0,6	Israel	0,9	
Suecia	9,2	Japón	9,1		Suecia	0,1	Japón	0,3	
Reino Unido	7,7	Lituania	3,4		Reino Unido	0,5	Lituania	0,1	
<b>Promedio</b>	<b>6,66</b>	Luxemburgo	4,4		<b>Promedio</b>	<b>0,48</b>	Luxemburgo	0,2	
		México	2,8				México	0,4	
		Holanda	8,2				Holanda	0,7	
		Polonia	4,5				Polonia	0,5	
		R. Eslovaca	5,4				R. Eslovaca	0,1	
		Eslovenia	5,9				Eslovenia	1,3	
		Suiza	7,8				Suiza	0,9	
		Turquía	3,3				Turquía	0,2	
		<b>Promedio</b>	<b>6,07</b>				<b>Promedio</b>	<b>0,53</b>	

Fuente: Elaboración propia a través de los datos de OCDE (2021)

Dentro de la tabla 6 se pueden diferenciar dos bloques, el primer bloque muestra el peso, en términos porcentuales, que tiene el gasto corriente en salud realizado por los esquemas gubernamentales con relación a la participación del PIB.

En promedio, los países que siguen el modelo Beveridge gastan el 6,66%, mientras que los países con el modelo Bismark gastan en promedio 6,07%. Además, Estados Unidos se sitúa como el país que mayor gasto corriente con relación al PIB realiza de los países de la OCDE, con un valor correspondiente al 14,4% de su PIB.

Es interesante mencionar que, de media, los países de la OCDE sitúan el porcentaje de procedencia del gasto corriente por parte de esquemas gubernamentales entre un 65% - 80% pero nos podemos encontrar excepciones como, por ejemplo, Dinamarca (84,4%) y Noruega (85,5%), ambos pertenecientes al modelo Beveridge, donde más del 80% del gasto viene procedente del sector público o seguros obligatorios.

El segundo bloque muestra el gasto corriente en salud como porcentaje del PIB realizado a través de pagos voluntarios de los ciudadanos para la atención sanitaria. En este caso, los países que siguen el modelo Beveridge tienen un gasto promedio de 0,48%, mientras que los países que siguen el modelo Bismarck tienen un gasto promedio de 0,53%. A diferencia del primer bloque, EEUU ya no se sitúa como el país con mayor gasto por parte de los ciudadanos, aunque sigue teniendo un valor relativamente elevado (0,8%).

#### 4.2.4 Gasto corriente en capital sanitario

Tabla 7. Gasto corriente en capital sanitario (2017)

Porcentaje del gasto corriente total					Participación sobre el PIB				
Modelo Beveridge		Modelo Bismark		Estados Unidos	Modelo Beveridge		Modelo Bismark		Estados Unidos
Australia	7,81	Austria	7,19	3,52	Australia	0,72	Austria	0,74	0,60
Dinamarca	6,01	Bélgica <sup>1</sup>	9,17		Dinamarca	0,61	Bélgica <sup>1</sup>	0,95	
Finlandia	5,33	Canadá	5,64		Finlandia	0,49	Canadá	0,61	
Islandia	2,89	Chile	2,71		Islandia	0,24	Chile	0,24	
Irlanda	4,97	R. Checa	1,80		Irlanda	0,36	R. Checa	0,13	
Italia <sup>1</sup>	4,11	Estonia	3,71		Italia <sup>1</sup>	0,37	Estonia	0,24	
Corea <sup>1</sup>	8,25	Francia	5,08		Corea <sup>1</sup>	0,60	Francia	0,58	
Letonia <sup>1</sup>	6,22	Alemania <sup>1</sup>	9,63		Letonia <sup>1</sup>	0,39	Alemania <sup>1</sup>	1,08	
Nueva Zelanda <sup>1</sup>	5,69	Grecia	2,71		Nueva Zelanda <sup>1</sup>	0,52	Grecia	0,22	
Noruega	4,80	Hungría	2,35		Noruega	0,49	Hungría	0,16	
Portugal <sup>1</sup>	7,49	Israel	4,30		Portugal <sup>1</sup>	0,68	Israel	0,30	
España <sup>1</sup>	8,57	Japón <sup>1</sup>	10,41		España <sup>1</sup>	0,77	Japón <sup>1</sup>	1,14	
Suecia	5,09	Lituania <sup>1</sup>	3,45		Suecia	0,56	Lituania <sup>1</sup>	0,22	
Reino Unido	3,18	Luxemburgo <sup>1</sup>	10,61		Reino Unido	0,31	Luxemburgo <sup>1</sup>	0,58	
<b>Promedio</b>	<b>5,74</b>	México	1,27		<b>Promedio</b>	<b>0,51</b>	México	0,07	
		Holanda <sup>1</sup>	8,85				Holanda <sup>1</sup>	0,91	
		Polonia <sup>1</sup>	6,64				Polonia <sup>1</sup>	0,42	
		R. Eslovaca <sup>1</sup>	4,29				R. Eslovaca <sup>1</sup>	0,29	
		Eslovenia <sup>1</sup>	5,12				Eslovenia <sup>1</sup>	0,42	
		Turquía	7,38				Turquía	0,31	
		<b>Promedio</b>	<b>5,61</b>				<b>Promedio</b>	<b>0,48</b>	

Fuente: Elaboración propia a través de los datos de la OCDE (2019)

<sup>1</sup> Se refiere a la formación bruta de capital fijo en la CIIU (Clasificación Industrial Internacional Uniforme).

Para comprender y explicar mejor los principales resultados de la tabla, se va a proporcionar la definición de gasto corriente y gasto capital; el gasto corriente son todos aquellos bienes y servicios (en este caso sanitarios) realizados por el sector público que no incrementan el patrimonio y que son esenciales para llevar a cabo ciertas actividades ordinarias, como este caso la sanitaria. Por otro lado, el gasto de capital son aquellos gastos incurridos para adquirir activos fijos que aumentan la productividad por más de un periodo contable.

Analizando el gasto en capital sanitario como porcentaje del gasto corriente total, los países que siguen el modelo sanitario Beveridge gastan de media un 5,74% del gasto corriente total, mientras que los países con el modelo Bismark gastan de media un 5,61%. Si nos fijamos en EEUU, el gasto en capital sanitario como porcentaje del gasto corriente es un 3,52%, un valor que no solo se sitúa por debajo de los resultados de la mayoría de países de la OCDE, sino también de la media de ambos modelos.

Dentro del modelo Beveridge, los países con mayor gasto en capital como porcentaje del gasto corriente son España y Corea, con valores correspondientes del 8,57% y 8,25%, respectivamente. Por el contrario, los países con menor gasto en capital son Islandia y Reino Unido, con valores del 2,89% y 3,18%, respectivamente. Dentro del modelo Bismark, los países con mayor gasto en capital como porcentaje del gasto corriente total son Luxemburgo y Japón, con valores del 10,61% y 10,41%, respectivamente. Por el contrario, los países con menor gasto son México y República Checa, con valores de 1,27% y 1,80%, respectivamente.

Analizando el gasto corriente en capital como porcentaje del PIB, se puede observar que los valores correspondientes a todos los países son más pequeños. Además, la tendencia sigue siendo la misma; es decir, el porcentaje de gasto en capital de los países con el modelo Beveridge es mayor que los países con el modelo Bismark, en este caso 0,51% frente a 0,48%. En este indicador se puede observar que el gasto en capital como porcentaje del PIB en EEUU (0,6%) es mayor que en la mayoría de los países miembros de la OCDE, al contrario de lo que ocurría en el indicador de la tabla 6.

### 4.3 RESULTADOS EN SALUD.

#### 4.3.1 Esperanza de vida al nacer

Tabla 8. Esperanza de vida al nacer (2018)

Modelo Beveridge		Modelo Bismark		Estados Unidos
Australia	82,8	Austria	81,8	78,7
Dinamarca	81	Bélgica	81,7	
Finlandia	81,8	Canadá	82	
Islandia	82,9	Chile	80,4	
Irlanda	82,3	Colombia	77,1	
Italia	83,4	República Checa	79,1	
Corea	82,7	Estonia	78,4	
Letonia	74,9	Francia	82,8	
Nueva Zelanda	81,8	Alemania	81	
Noruega	82,8	Grecia	81,9	
Portugal	81,4	Hungría	76,2	
España	83,5	Israel	82,9	
Suecia	82,6	Japón	84,2	
Reino Unido	81,3	Lituania	75,8	
<b>Promedio</b>	<b>81,8</b>	Luxemburgo	82,4	
		México	75	
		Holanda	81,9	
		Polonia	77,7	
		República Eslovaca	77,4	
		Eslovenia	81,5	
		Suiza	83,8	
		Turquía	78,3	
		<b>Promedio</b>	<b>80,15</b>	

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Banco Mundial (2021)

Uno de los indicadores más importantes de la salud es la esperanza de vida. En la tabla 8 se puede observar la esperanza de vida al nacer en los países de la OCDE en el año 2018.

De media, la esperanza de vida dentro de los países que siguen el modelo Beveridge es de 81,8 años; mientras que, en los países que siguen el modelo Bismark es de 80,15 años, es decir, casi 2 años menos. En Estados Unidos la esperanza de vida es de 78,7 años, un valor que, si lo comparamos con la mayoría de los países de la OCDE es relativamente pequeño. Haciendo la comparación por áreas geográficas se puede observar que la esperanza de vida en los países de Europa Oriental y Latinoamérica es inferior al resto de áreas geográficas.

Dentro de los países que siguen el modelo Beveridge, la esperanza de vida más alta se da en España e Italia; 83,5 y 83,4 años respectivamente. Por el contrario, los países donde la esperanza de vida es menor son Letonia y Dinamarca con valores de 74,9 y 81 años, respectivamente. Dentro de los países que siguen el modelo Bismark, la esperanza de vida más alta se da en Japón y Suiza; 84,2 y 83,8 años respectivamente. Por el contrario, los países donde la esperanza de vida es menor son México y Lituania con valores de 75 y 75,8 años, respectivamente.



Analizando los indicadores de la sección 4.2 se ha detectado que los países con el modelo Beveridge, por un lado, tienen un gasto sanitario algo superior a los países del modelo Bismark. Por otro lado, analizando esta tabla se puede observar que, siguiendo el patrón del apartado 4.2, los países categorizados en el modelo Beveridge tienen una esperanza de vida mayor que los países del modelo Bismark.

#### 4.3.2 Número de muertes evitables por 100.000 hab (Tasas estandarizadas)

Tabla 9. Número de muertes evitables por 100.000 hab (2017)

Modelo Beveridge		Modelo Bismark		Estados Unidos
Australia	93	Austria	116	174
Dinamarca	..	Bélgica*	116	
Finlandia	120	Canadá	114	
Islandia	96	Chile	122	
Irlanda	..	Colombia	143	
Italia*	85	Republica checa	149	
Corea	103	Estonia	191	
Letonia	..	Francia*	104	
Nueva Zelanda	..	Alemania	117	
Noruega*	96	Grecia*	113	
Portugal	108	Hungría	251	
España	90	Israel	68	
Suecia	87	Japón	84	
Reino Unido*	118	Lituania	244	
<b>Promedio</b>	<b>99,6</b>	Luxemburgo*	99	
		México	213	
		Holanda	95	
		Polonia	170	
		República Eslovaca	..	
		Eslovenia	138	
		Suiza*	84	
		Turquia*	145	
		<b>Promedio</b>	<b>137,0</b>	

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos OCDE (2021)

*\*Los datos seleccionados corresponden al 2016, los países cuyo número de muertes es igual a 0 es debido a que no hay datos disponibles para ese año o año cercano.*

En 2017, los países que siguen el modelo Beveridge tienen de media 99,6 muertes evitables por cada 100.000 habitantes, mientras que los países que siguen el modelo Bismark tienen de media 137 muertes evitables por cada 100.000 habitantes. Este valor es muy elevado con respecto al primer modelo; la principal causa de este desajuste puede venir dada por los países de Europa Oriental y Latinoamérica, con valores muy elevados (Hungría, Lituania y México con valores 251, 244 y 213 respectivamente). En Estados Unidos, el número de muertes evitables es de 174 por cada 100.000 habitantes. Este valor es muy elevado, ya que como se ha visto previamente, Estados Unidos es el país que mayor gasto sanitario per cápita tiene dentro de la OCDE.

### 4.3.3 Percepción de la salud de la población mayor de 15 años

Tabla 10. Porcentaje de la población que considera que su estado de salud es Bueno / Regular por países de la OCDE (2018)

Salud percibida muy buena/ buena					Salud percibida regular				
Modelo Beveridge		Modelo Bismark		Estados Unidos	Modelo Beveridge		Modelo Bismark		Estados Unidos
Australia*	85,2	Austria	71,7	87,9	Australia*	11	Austria	20,2	9
Dinamarca	71,1	Bélgica	74,9		Dinamarca	21,4	Bélgica	16,4	
Finlandia	68,8	Canadá	88,6		Finlandia	25,5	Canadá	8,5	
Islandia*	77,3	Chile	59,7		Islandia*	17	Chile	33,7	
Irlanda	84,1	R.Checa	62		Irlanda	12,5	R.Checa	27,3	
Italia	73,3	Estonia	51,6		Italia	19,9	Estonia	33,7	
Corea	32	Francia	67,5		Corea	50,8	Francia	24,1	
Letonia	46,9	Alemania	65,5		Letonia	37,6	Alemania	26,1	
N. Zelanda	87,5	Grecia	76,2		N. Zelanda	10	Grecia	14,5	
Noruega	76,6	Hungría	60,6		Noruega	15,7	Hungría	27,6	
Portugal	49,3	Israel	73,9		Portugal	35,2	Israel	15,3	
España	73,6	Japón*	35,5		España	19,1	Japón*	49,2	
Suecia	76,1	Lituania	44		Suecia	18,2	Lituania	40,2	
Reino Unido	73,2	Luxemburgo	68,6		Reino Unido	19,4	Luxemburgo	21,2	
<b>Promedio</b>	<b>69,6</b>	Holanda	75,6		<b>Promedio</b>	<b>22,4</b>	Holanda	19,7	
		Polonia	59,1				Polonia	28,1	
		R. Eslovaca	66,6				R. Eslovaca	21,4	
		Eslovenia	65,4				Eslovenia	24,9	
		Suiza	80,7				Suiza	15,1	
		Turquía	67,6				Turquía	22,5	
		<b>Promedio</b>	<b>65,8</b>				<b>Promedio</b>	<b>24,5</b>	

Fuente: Elaboración propia a través de los datos del Banco Mundial (2021)

*\*Para los países de Australia, Japón e Islandia no se disponen datos oficiales de 2018, por eso y para minimizar el error la muestra, los datos obtenidos y mostrados son del año más cercano disponible, 2016. En los datos correspondientes a las tablas 11 y 12 ocurre lo mismo, por lo que los datos de los años son los mismo que se acaba de explicar.*

El indicador “Percepción de la salud de la población mayor de 15 años” se muestra, por cuestiones de claridad, en dos tablas, tabla 10 y tabla 11. Es decir, a pesar de ser dos tablas diferentes, ambas hacen referencia al mismo indicador, por lo que se analizarán de manera conjunta.

Tabla 11. Porcentaje de la población que considera que su estado de salud es Malo por países de la OCDE (2018)

Salud percibida mala				
Modelo Beveridge		Modelo Bismark		Estados Unidos
Australia*	3,7	Austria	8,1	2,6
Dinamarca	7,5	Bélgica	8,7	
Finlandia	5,7	Canadá	2,9	
Islandia*	5,7	Chile	6,6	
Irlanda	3,3	R.Checa	10,7	
Italia	6,8	Estonia	14,7	
Corea	17,2	Francia	8,4	
Letonia	15,5	Alemania	8,4	
N. Zelanda	2,4	Grecia	9,3	
Noruega	7,7	Hungría	11,9	
Portugal	15,5	Israel	10,8	
España	7,4	Japón*	14,1	
Suecia	5,7	Lituania	15,8	
Reino Unido	7,5	Luxemburgo	10,2	
<b>Promedio</b>	<b>8,0</b>	Holanda	4,7	
		Polonia	12,8	
		R. Eslovaca	12	
		Eslovenia	9,7	
		Suiza	4,3	
		Turquía	9,9	
		<b>Promedio</b>	<b>9,7</b>	

Fuente: Elaboración propia a través de los datos del Banco Mundial (2021)

En 2018, dentro de los países que siguen el modelo Beveridge, de media el 69,6% de la población piensa que su estado de salud es muy bueno o bueno, mientras que el 8% consideran que es malo. Si se hace este mismo análisis para los países del modelo Bismark, de media el 65,8% de la población piensa que su estado de salud es muy bueno o bueno, mientras que el 9,7% considera que es malo. Por otro lado, Estados Unidos se sitúa como el segundo país de la OCDE donde mayor porcentaje de la población piensa que su estado de salud es muy bueno o bueno con un valor correspondiente del 87,9%. Además, haciendo referencia al porcentaje de población que considera que su estado de salud es malo, con un valor correspondiente al 2,6%, por lo que, se sitúa dentro de los países con mejores resultados sanitarios en este indicador.

#### 4.3.4 Proporción de población mayor de 15 años que percibe una salud buena / muy buena según su quintil de ingresos.

Tabla 12. Porcentaje de la población que considera que su estado de salud es muy bueno según sus ingresos por países de la OCDE (2018)

Quintil de ingresos 1 (mas bajo)					Quintil de ingresos 5 (más alto)				
Modelo Beveridge		Modelo Bismark		Estados Unidos	Modelo Beveridge		Modelo Bismark		Estados Unidos
Australia*	84,1	Austria	61,2	74,7	Australia*	93	Austria	82,3	96,2
Dinamarca	65,6	Bélgica	60,3		Dinamarca	82,4	Bélgica	88,5	
Finlandia	55,8	Canadá	80,9		Finlandia	82,1	Canadá	93,8	
Islandia*	66,4	Chile	51,9		Islandia*	83,5	Chile	71,6	
Irlanda	69,3	R. Checa	41,2		Irlanda	92,5	R. Checa	83	
Italia	71,8	Estonia	31,2		Italia	78,9	Estonia	74	
Corea	25,8	Francia	61,6		Corea	38,8	Francia	73,9	
Letonia	24,3	Alemania	50,5		Letonia	70	Alemania	78	
Nueva Zelanda	89,8	Grecia	76,7		Nueva Zelanda	91,9	Grecia	83,8	
Noruega	68,7	Hungría	49,6		Noruega	84,2	Hungría	71,2	
Portugal	36,9	Israel	77,6		Portugal	62,4	Israel	88,8	
España	70,2	Japón*	28		España	83,1	Japón*	39,4	
Suecia	64,4	Lituania	27,5		Suecia	85,6	Lituania	62,9	
Reino Unido	62,2	Luxemburgo	59,6		Reino Unido	84,1	Luxemburgo	73,6	
<b>Promedio</b>	<b>61,1</b>	Holanda	63,9		<b>Promedio</b>	<b>79,5</b>	Holanda	86,5	
		Polonia	48,3				Polonia	74	
		R. Eslovaca	58,3				R. Eslovaca	76,1	
		Eslovenia	49,9				Eslovenia	78,2	
		Suiza	68,4				Suiza	88,4	
		Turquía	62,9				Turquía	75,5	
		<b>Promedio</b>	<b>55,5</b>				<b>Promedio</b>	<b>77,2</b>	

Fuente: Elaboración propia a través de los datos del Banco Mundial

Dentro de la tabla 12 se pueden distinguir dos apartados: el primer bloque muestra el porcentaje de personas dentro del quintil 1 de ingresos que considera que su estado de salud es muy bueno o bueno, mientras que el segundo bloque muestran el porcentaje para el quintil 5 de ingresos.

Haciendo referencia al primer bloque, personas situadas en el quintil 1 de ingresos, en promedio, el 61,1% de los ciudadanos que se sitúan dentro de los países que siguen el modelo Beveridge consideran que su estado de salud es muy bueno o bueno, mientras que, el valor correspondiente para los países que siguen el modelo Bismark es de 55,5%. En Estados Unidos el 74,4% de los ciudadanos situados en este quintil consideran que su estado de salud es muy bueno o bueno, un valor que se sitúa dentro de los más altos en los países de la OCDE.

Analizando los ciudadanos dentro del quintil 5, se puede observar que los resultados son muy parecidos entre los modelos: El 79,5% de los ciudadanos consideran que su estado de salud es muy bueno o bueno en el modelo Beveridge, frente al 77,2% en el modelo Bismark. En Estados Unidos el 96,2% de los ciudadanos situados en el quintil 5 consideran que su estado de salud es muy bueno o bueno, un valor que, como ocurría en el quintil 1, se sitúa dentro de los más altos en los países de la OCDE.

En ambos casos, el porcentaje de población situada en el quintil 5 de ingresos que considera que su estado de salud es muy bueno o bueno es mucho mayor, por lo que se puede deducir que hay diferencias sanitarias en términos económicos. Por otro lado, la diferencia porcentual entre el quintil 1 y el quintil 5 en el modelo Bismark es 3,3 puntos porcentuales mayor que en el modelo Beveridge. Por lo tanto, se puede observar mayor desigualdad en los países con modelo Bismark que en los del modelo Beveridge.

## 5. CONCLUSIONES

Las dos cuestiones principales del trabajo eran: Primero analizar los sistemas sanitarios y sus distintas tipologías en los países de la OCDE, a partir tanto de indicadores relativos a los recursos que emplean -inputs-, como de los resultados que obtienen -output-. Con ello, observar si los países miembros de la OCDE con mayores indicadores de recurso - inputs-, tienen mejores resultados -outputs-. Para obtener mejores conclusiones sobre estas dos cuestiones y como se ha mencionado previamente en la sección 3 “Datos y metodología”, los países fueron agrupados según su tipología sanitaria en tres grupos: países que siguen el modelo Beveridge, modelo Bismark y el caso particular de Estados Unidos.

Tras el análisis empírico de los resultados se pueden obtener las siguientes conclusiones:

Primero, se observa que los países que se rigen a través del modelo sanitario Beveridge tienen mayor gasto sanitario en los 4 indicadores de la sección 4.2, “Gasto y financiación del gobierno en salud”, que los países que se rigen por el modelo sanitario Bismark. Por otro lado, también se puede observar que los países con el modelo Beveridge tienen mejores resultados de salud en indicadores como “Esperanza de vida” y “Porcentaje de población que considera que su estado de salud es muy bueno o bueno”. Además, el número de muertes evitables en los países con el modelo sanitario Beveridge es menor que en los países con el modelo Bismarckiano.

Una dimensión importante en el sistema sanitario es la desigualdad, observando el indicador de la tabla 12 “Porcentaje de la población que considera que su estado de salud es muy bueno según sus ingresos por países de la OCDE”, se puede observar cómo la diferencia porcentual entre los ciudadanos que considera que su estado de salud es muy bueno o bueno entre el quintil 1 y el quintil 5 de ingresos es 3,3 puntos porcentuales mayor en el modelo Bismark que en el modelo Beveridge.

Haciendo referencia a los valores correspondientes a Estados Unidos, se puede observar que la diferencia porcentual entre el quintil 1 y el quintil 5 de ingresos, en comparación al modelo Beveridge, es 3,1 puntos porcentuales mayor, sin embargo, comparándolo con el modelo Bismark, esta diferencia es 0,2 puntos porcentuales menor. No obstante, cabe mencionar que, si comparamos Estados Unidos con los países de manera individual, se sitúa dentro de los países con mayor diferencia porcentual y, por lo tanto, mayor desigualdad.

Segundo, el caso de Estados Unidos. En cuanto a los valores correspondientes de los indicadores -inputs-, Estados Unidos se sitúa dentro de los países con mayor gasto sanitario; además, el valor correspondiente en la mayoría de los indicadores de gasto está por encima de la media de los países categorizados dentro del modelo Beveridge y modelo Bismark. No obstante, tras el análisis empírico de los resultados encontramos tres puntos desfavorables a EEUU. Primero, a pesar de ser uno de los países con mayor potencial económico, el porcentaje de población cubierta en el sistema sanitario es muy bajo comparado al resto de países de la OCDE. Como se ha explicado en el apartado 2.2, el sistema sanitario de EEUU está dirigido por el sector privado, implicando así, que gran parte de la población con menores rentas no pueda permitirse pagar los altos costes de los seguros sanitarios. Segundo, en cuanto a los indicadores de “Precios y costes del sector sanitario”, Estados Unidos se posiciona como uno de los países de la OCDE con mayores niveles de precio y mayor gasto sanitario a cargo de los hogares. Tercero, los valores correspondientes a los indicadores “Esperanza de vida” y “Número de muertes evitables” en Estados Unidos son desfavorables si los comparamos con los países de la OCDE, que tienen un desarrollo económico similar a Estados Unidos.

Por último, una reflexión sobre los resultados obtenidos en los dos modelos sanitarios analizados. Dentro del modelo Bismark se han incluido países de Europa Occidental, pero también muchos países de Latinoamérica y Europa Oriental, los cuales, están menos desarrollados económicamente que los de Europa Occidental (gran mayoría de los países del modelo Beveridge), esto puede explicar que, en promedio, los resultados dentro del modelo Bismark sean peores que en los países con modelo Beveridge, es decir, quizá la explicación no esté en que modelo funciona mejor que otro, sino que países lo componen. Como se ha visto previamente en el apartado 2.3, Weale (2015) menciona que la diferenciación entre un país de un modelo u otro en términos de resultado sanitarios apenas era notable.

No obstante, a pesar de esta reflexión cabe mencionar que: En cuanto a los resultados obtenidos para este trabajo, desde mi punto de vista, el modelo Beveridge tiene un mejor funcionamiento por tres razones que considero esenciales. Primero, el modelo Beveridge proporciona una cobertura universal para todos los ciudadanos, así como libre acceso y equidad. Segundo, las diferencias porcentuales entre los ciudadanos que consideran que su estado de salud es muy bueno o bueno entre el quintil 1 y el quintil 5 de ingresos en el modelo Beveridge es menor que en los demás modelos, proporcionando así mayor equidad e igualdad. Tercera, este modelo tiene la capacidad de ser complementado por seguros privados si el ciudadano en cuestión los prefiere o necesitara en algunos casos.

## 6. BIBLIOGRAFÍA

BANCO MUNDIAL, 2021. World Development Indicators, [Consulta 15-04-2021] Disponible en:

<https://databank.worldbank.org/source/world-development-indicators>

BHATIA, Neera. We Need to Talk About Rationing: The Need to Normalize Discussion About Healthcare Rationing in a Post COVID-19 Era. *Journal of bioethical inquiry*, 2020, vol. 17, no 4, p. 731-735. Disponible en:

<https://doi.org/10.1007/s11673-020-10051-6>

CONDE-RUIZ, J. Ignacio, et al. *European Pension System: Bismarck or Beveridge?* 2018. ISSN 1696-7496. Disponible en:

<https://documentos.fedea.net/pubs/dt/2018/dt2018-01.pdf>

ESPING-ANDERSEN, Gosta. *Social foundations of postindustrial economies*. OUP Oxford, 1999. ISBN 0198742010

HERREROS DE TEJADA CONDE, Paloma Leticia. La sanidad pública en Estados Unidos: comparativa con España y la OCDE. 2019. Disponible en:

<http://hdl.handle.net/11531/27287>

MINISTERIO DE SANIDAD CONSUMO Y BIENESTAR SOCIAL, 2019. *Los sistemas sanitarios en los países de la Unión Europea*. Disponible en:

[https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/presentacion\\_es.pdf](https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/presentacion_es.pdf)

OCDE, 2021. "Executive summary", in *How's Life? 2020: Measuring Well-being*, OECD Publishing, Paris. [ Consulta 17- 05 - 2021] Disponible en:

<https://www.oecdbetterlifeindex.org/es/>

OCDE, 2021. Health Indicators, Health Expenditure and financing. [Consulta 05-04-2021]. Disponible en:

<https://stats.oecd.org/index.aspx?lang=en>

OCDE, 2021. Health Indicators, Health Status. [Consulta 05-04-2021] Disponible en:

<https://stats.oecd.org/index.aspx?lang=en>

OECD, 2019. *Health at a Glance 2019: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris. ISBN 978-92-64-80766-2. Disponible en:

<https://doi.org/10.1787/4dd50c09-en>.

OMS, 2021. Global Health Expenditure Database, Financing Sources. Organización Mundial de la Salud. [Consulta 15-04-2021] Disponible en:

<https://apps.who.int/nha/database/Select/Indicators/es>

REIBLING, Nadine; ARIAANS, Mareike; WENDT, Claus. Worlds of healthcare: a healthcare system typology of OECD countries. *Health Policy*, 2019, vol. 123, no 7, p. 611-620. Disponible en:

<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2019.05.001>

RIVERA, Berta; CURRAIS, Luis. La inversión en salud como gasto público productivo: un análisis de su contribución al crecimiento económico. *Presupuesto y gasto público*, 2005, vol. 39, p. 103-20.

SEKHRI, Neelam; SAVEDOFF, William. Private health insurance: implications for developing countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 2005, vol. 83, p. 127-134. Disponible en:

<https://doi.org/s0042-96862005000200013>

WEALE, Albert. Reflecting on 'Are health problems systemic? Politics of access and choice under Beveridge and Bismarck systems'. *Health Economics, Policy and Law*, 2015, vol. 10, no 4, p. 431-435. Disponible en:

<https://doi.org/10.1017/S1744133115000171>

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Informe Sobre la Salud en el Mundo: La Financiación Dos Sistemas de Salud-El Camino Hacia la Cobertura Universal*. World Health Organization, 2010. ISBN 978 92 4 356402 9